



**NOMBRE DEL ALUMNO:** Dulce Suleyma López Ramírez

**TEMA:** Gerencia del capital de trabajo

**PARCIAL:** I

**MATERIA:** Administración financiera en los sistemas de salud

**NOMBRE DEL PROFESOR:** Sandra Daniela Guillen Pulido

**MAESTRIA:** Administración en sistemas de salud

**CUATRIMESTRE:** 2

*Lugar y Fecha de elaboración: frontera Comalapa 19/05/24*

## INTRODUCCION

En este ensayo hablaremos sobre la gerencia del capital del trabajo y de cómo se obtienen los recursos para cubrir ciertos tipos de seguros que cada persona tiene y veremos que no en todos los lugares se trabaja de la misma manera para brindar el servicio médico a los que más lo necesitan o bien a los de muy bajos recursos. Y cómo cada lugar tiene sus diferentes formas de trabajar y de obtener fondos para apoyarse entre sí.

**DEFINICION:** Existen autores con diferentes definiciones del capital de trabajo por ejemplo: Abraham Perdomo Moreno define al capital de trabajo como “parte del activo circulante que se financia con préstamos a largo plazo”. Además, indica que tiene por objeto, “manejar adecuadamente el activo y el pasivo circulante de una empresa, para mantenerlos a un nivel aceptable y evitar caer en estado de insolvencia y aún de quiebra”. Lawrence J. Gitman lo define como los “activos corrientes que representan la parte de la inversión que circula de una forma a otra en la conducción ordinaria del negocio”; los pasivos corrientes representan a las personas ajenas que financian a la empresa a un corto plazo.

**EL FINANCIAMIENTO A LA SALUD:** el financiamiento es para incidir sobre la calidad de los servicios, la eficiencia del sector salud y la cobertura, sin embargo, también permite incidir sobre las relaciones de equidad que se generan en la sociedad, el desarrollo del sector asegurador y financiero y sobre las relaciones entre el gobierno federal y los gobiernos estatales. Así también existen tres etapas en las cuales se pueden descomponer el proceso de financiamiento #1. RECAUDACIÓN DE INGRESOS La recaudación de ingresos se refiere a la obtención de los recursos para financiar los servicios médicos. #2. MANCOMUNACIÓN DE FONDOS La mancomunación de fondos se refiere a la creación de un fondo común de dinero para que los riesgos financieros que conllevaban determinadas personas de alto riesgo se mitiguen con dinero de personas de menor riesgo Finalmente, la compra se refiere a la asignación de recursos mancomunados a los proveedores de servicios. #3. ASIGNACIÓN DE RECURSOS Existen diferentes criterios para la asignación de recursos: criterios incrementales o basados en necesidad. La asignación de recursos incrementales los considera el aumento o disminución general del presupuesto de salud a nivel nacional y esto se refleja en presupuestos estatales o locales. El criterio basado en necesidades considera variables como el tamaño de población, edad, sexo y nivel de pobreza junto con los costos de atención médica.

**ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD:** existen diferentes tipos de como organizan los sistemas y el recurso de salud por ejemplo en los países de Alemania, Israel, Francia, Bélgica, Holanda, Japón y Suiza, tienen un fondo de enfermedad que recaudan a través del dinero de trabajadores y empleadores a través de las CSS, y con ello, se paga a médicos, hospitales y a otros proveedores de atención médica.

A diferencia de Reino Unido, Canadá, Australia ahí el gobierno federal es quien delega la responsabilidad de la atención médica a los gobiernos regionales y comparte los costos de la atención preventiva para poblaciones indígenas, fuerzas armadas y veteranos.

Y el sistema mixto es donde el gobierno o paga por los pobres y los ancianos, mientras que otros segmentos de la población compran seguros de organizaciones privadas con fines de lucro. Por ejemplo, en Estados Unidos, el gobierno es responsable de la atención en salud de las personas por debajo del percentil 20 del nivel federal de pobreza y por las personas mayores de 65 años.

**PROCESO DE FINANCIAMIENTO EN MÉXICO:** En México, la organización del sistema de salud es mixto, se integra por un sistema público y privado. El financiamiento del sistema público proviene de las CSS para el régimen de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)), y de los impuestos generales, principalmente impuestos indirectos, para el financiamiento de servicios de salud de las personas sin seguridad social (Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), IMSS - Bienestar) No obstante, los recursos de impuestos generales también cubren las aportaciones que el gobierno realiza a la seguridad social y a los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (Pemex) e Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM).

**IMMS** El Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) del IMSS se financia con aportaciones equivalentes a 9.24 del Salario Base de Cotización (SBC) de los trabajadores, no obstante, 60.5 % de esta tasa es cubierta por los patrones y solamente 4.8 % por los trabajadores. De 2016 a 2021, en promedio, las COP alcanzaron 0.838 puntos del PIB, esto significó que 31.6 % del gasto público en salud fue financiado por trabajadores y empleadores. **ISSSTE** A pesar de que el seguro de salud del ISSSTE corresponde a un modelo de seguridad, los sueldos y salarios de los trabajadores, las aportaciones de las dependencias y entidades (patrones) y la cuota social (aportaciones del gobierno federal) se financia con impuestos generales. Las dependencias del Estado aportan una tasa de 7.375 % del sueldo básico de los trabajadores contra una tasa de 2.75 % para los trabajadores, no obstante, solamente los pensionados cubren 22.7 % de esta tasa. **SEGURO MÉDICO BASADOS EN IMPUESTOS** Por otra parte, el financiamiento de los servicios de salud de las personas sin seguridad social proviene de los impuestos generales como el Impuesto al Valor Agregado (IVA) o el Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS).

**EFICIENCIA DEL GASTO:** Eficiencia se refiere a usar los recursos de manera inteligente (hacer más con los mismos recursos) existen 10 fuentes principales de falta de eficiencia en

los sistemas de salud los cuales son: 1. Infratilización de los genéricos y precios de los medicamentos más elevados de lo necesario

2. Uso de medicamentos de baja calidad y falsificados

3. Uso inadecuado e ineficaz de medicamentos

4. Uso excesivo o suministro de equipos, investigaciones y procedimientos

5. Plantilla inadecuada o cara, trabajadores desmotivados

6. Admisiones hospitalarias y duración de la estancia inadecuadas

7. Tamaño inadecuado de los hospitales (infratilización de las infra estructuras)

8. Errores médicos y calidad asistencial insuficiente

9. Corrupción y fraude en los sistemas de salud

10. Nivel inadecuado de estrategias. Se estima que estos diez factores provocan que entre 20 % y 40 % del gasto para salud se malgaste.

Estos recursos pueden ser liberados y por lo tanto podrían garantizar un progreso más rápido hacia la CUS.

## CONCLUSION

Como pudimos ver en este ensayo existen diferentes maneras de cómo obtener los recursos para cubrir ciertos gastos de cada área hospitalaria desde un medicamento hasta el pago del personal de salud, así también de cada recurso que nosotros necesitamos como el gas, la luz y las pensiones de los adultos mayores como las pensiones de los profesionales ya jubilados. En México, el gasto privado representa 49.9 % del gasto total en salud; so lamente el gasto de bolsillo alcanza 2.3 puntos del PIB. Bajo esquemas de mancomunación de fondos y sistemas de prepago, este gasto podría redirigirse hacia el sector público de salud o esquemas de prepago y con ello evitar que personas de bajos ingresos padezcan gasto empobrecedor.

## REFERENCIA

Aguirre, J. (2009). Bonos de la diáspora mexicana como alternativa de financiamiento. <https://core.ac.uk/download/pdf/322550022.pdf>. Andargie, G., et al (2014). Health care financing. Management Services for Health. BID (2020). ¿Qué financiar en salud y a qué precio? BID. BM (2011). Aprovechar los recursos de la diáspora para promover el desarrollo de África. <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2011/06/16/harnessing-the-diasporas-resources-to-boost-african-development>. CIAT (2021). El impuesto a las transacciones financieras (itf) en América Latina. <https://www.ciat.org/ciatblog-el-impuesto-a-las-transacciones-financieras-itf-en-alc/>. CIEP (2021a). Eficiencia del gasto en salud: Compra consolidada de medicamentos. Disponible en <https://ciep.mx/4Ys7>. CIEP (2021b). Simulador tabaco. <http://iepsaltabaco.ciep.mx/>. Cruces, G. (2006). Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos. CEPAL. DOF (2021). Ley general de salud. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>. El Financiero (2021). Impuesto mínimo global, el reconocimiento a una economía sin fronteras. <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/colaborador-invitado/2021/08/23/impuesto-minimo-global-el-reconocimiento-a-una-economia-sin-fronteras/>. ETHOS; Brookings (2018). Bonos de Impacto en México: oportunidades y retos. ETHOS. Glassman, A., et al. (2010). Salud al alcance de todos: Una década de expansión del seguro médico en Colombia. BID; The Brookings Institución.

-Lawrence J. Gitman y Chad J. Zutter, "Principios de Administración Financiera", 12 ed., Pearson Educación, México, 2012

. -Robles Román Carlos Luis, "Fundamentos de administración financiera", Red Tercer Milenio, 1ra. ed., México, 2012.

-Münch, L. (2010). Administración, Gestión organizacional, enfoques y proceso administrativo. México. Pearson